Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3310

Vragen van het lid **Klever** (PVV) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de hoge zorgkosten van allochtonen* (ingezonden 21 augustus 2015)

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 7 september 2015)

Vraag 1 en 2
Wat is uw reactie op het bericht «Allochtonen maken meeste zorgkosten»?[1]
Hoe verklaart u het bovenmatige gebruik van zorg door allochtonen?

Antwoord 1 en 2
Uit cijfers van het CBS blijkt dat achtergrondkenmerken van groot belang zijn als het gaat om het beeld van zorggebruik en beslag op zorgkosten. Uit het CBS artikel «Zorgkosten niet-westerse allochtonen verschillen van autochtonen» van 11 maart 2013 blijkt dat bij autochtonen (€ 2.135) de gemiddelde zorgkosten hoger liggen dan bij personen met een niet-westerse herkomst (€ 1.790), en dat na correctie voor leeftijdsopbouw de gemiddelde zorgkosten onder niet-westerse migranten (€ 1.890) hoger liggen dan bij autochtonen (€ 1.612).
Bij de verklaring van het verschil tussen de zorgkosten van autochtonen en niet-westerse allochtonen spelen ook andere achtergrondkenmerken een rol: zo verklaart bijvoorbeeld de gemiddeld lage sociaaleconomische situatie van migranten een deel van het verschil in gezondheid en daarmee aan zorgkosten.
Daarnaast spelen fysiologische verklaringen een rol: diabetes komt bijvoorbeeld vaker voor bij migranten dan autochtonen, óók als gecorrigeerd wordt voor andere factoren die ook tot een hogere kans op diabetes leiden, zoals de oververtegenwoordiging van migranten in de lagere inkomensgroepen (CBS, Gezondheid en zorg in cijfers, 2014).
Naast deze generieke verklaringen spelen volgens onderzoek (bijvoorbeeld SCP, Jaarrapport Integratie 2009) ook culturele verklaringen een rol, zoals bijvoorbeeld een verschil in de perceptie van de eigen gezondheid.

[1] De Telegraaf, 20 augustus 2015

ah-tk-20142015-3310
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2015

Vraag 3
Hoe gaat u deze bovenmatige zorgconsumptie van allochtonen terugdringen, in uw streven de zorg betaalbaar te houden?

Antwoord 3
Uit de cijfers kan de conclusie worden getrokken dat allochtonen relatief meer zorgkosten maken, maar niet dat deze zorgkosten bovenmatig zouden zijn. VWS zet breed in op het betaalbaar houden van de zorg. Om die doelstelling te realiseren zijn de afgelopen jaren in verschillende sectoren hoofdlijnakkoorden gesloten, met afspraken over een houdbaar groeipad en de wijze waarop dit gerealiseerd kan worden. Zo zijn er bijvoorbeeld in het Hoofdlijnakkoord Medisch Specialistische Zorg 2014–2017 afspraken gemaakt over het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie, over doelmatige zorg, over spreiding en specialisatie, en over gewenste substitutie naar de eerste lijn. Daarnaast is er (veelal lokaal) preventiebeleid voor groepen met een lage sociaaleconomische status. Daar zitten vaak allochtone groepen bij. De ervaring leert dat de aanpak heel specifiek moet zijn en van wijk tot wijk kan verschillen. In die wijkgerichte benadering is in het preventiebeleid veel aandacht voor de samenstelling van de wijk (welke allochtone en autochtone groepen) om het beleid op af te stemmen en specifiek maatregelen te nemen. Zo is er bijvoorbeeld in Den Haag in bepaalde wijken veel aandacht voor diabetes bij mensen van Hindoestaanse afkomst, omdat de prevalentie daar veel hoger ligt.

Vraag 4 en 5
Is er een relatie tussen het hoge aantal allochtone wanbetalers en de hoge zorgconsumptie van allochtonen?[2] Bent u bereid dit te onderzoeken?
Is het zo dat mensen die hun zorgpremie toch niet betalen, bovenmatig gratis zorg consumeren? Zo ja, hoe gaat u een einde maken aan deze wanpraktijken?

Antwoord 4 en 5
Uit de door het CBS geleverde achtergrondgegevens van wanbetalers blijkt dat er per eind december 2014 ruim 141.000 allochtone wanbetalers waren en ruim 156.000 autochtone wanbetalers. Dit is respectievelijk 5% van de allochtone premiebetalende bevolking en 1,5% van de autochtone premiebetalende bevolking. Achtergrondgegevens zijn niet voor alle wanbetalers beschikbaar.
In het antwoord op vraag 1 en 2 is vermeld waarom deze mensen meer zorg gebruiken.
Anders dan gesuggereerd is zorg voor niemand gratis. Mensen zijn verplicht zich te verzekeren en premie te betalen. Als iemand niet betaalt treft de zorgverzekeraar incassomaatregelen. Dit geldt ook voor wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime, waar de premie wordt geïnd door bronheffing door het Zorginstituut of incassoactiviteiten door het Centraal justitieel Incassobureau (CJIB). Indien een wanbetaler in het bestuursrechtelijk premieregime recht heeft op zorgtoeslag, maakt de Belastingdienst dit aan het CJIB over.
Ik zie voorts geen toegevoegde waarde voor onderzoek dat een relatie legt tussen de mate waarin mensen wanbetalen en de hoeveelheid zorg die zij gebruiken. Zoals ik al eerder heb aangegeven tijdens het debat over het wetsvoorstel verbetering wanbetalersmaatregelen[3] vind ik het ongewenst om wanbetalende verzekerden (een deel van de) zorg te onthouden. Uiteindelijk is dit duurder dan zorg te verlenen.

Vraag 6
Kunt u deze vragen voor 1 september 2015 beantwoorden?

Antwoord 6
Helaas is dit niet gelukt.

---

[2] www.cbs.nl
[3] Plenaire verslagen, Tweede Kamer, 33 683, 59e vergadering, 5 maart 2014, pag. 15 t/m 17